



**Le jour du rendez-vous : CHR Citadelle **Route B 472**  
 Suivre les panneaux « LABORATOIRE de SPERMIOLOGIE »**

**LES ANALYSES ET CONGELATIONS NECESSITENT UNE PRISE DE RENDEZ-VOUS !**

<b>DEMANDE D'ANALYSE DE SPERME ET/OU DE CONGELATION</b>	
<b>MADAME</b>	<b>MONSIEUR</b>
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____  <p style="text-align: center;"><i>Si possible, coller une étiquette</i></p>	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____  <p style="text-align: center;"><i>Si possible, coller une étiquette</i></p>
Téléphone : _____	Téléphone : _____

<b>ACCORD PATIENT</b>	<b>CONDITIONS DE PRELEVEMENT</b>	
Sans opposition exprimée, le patient marque son accord pour l'utilisation de ses gamètes résiduels afin de réaliser des validations de techniques de laboratoire. Les gamètes impliqués dans les validations ne seront en aucun cas utilisés dans un projet parental et seront détruits à la fin de la validation. En cas de désaccord avec l'utilisation des gamètes dans ce but, le patient doit signer et dater ci-dessous :	Date d'analyse	
	Recueil	laboratoire - domicile
	Heure de recueil (si domicile)	
	Heure de réception	
Sans opposition exprimée, le patient marque son accord pour l'envoi de ses résultats sur le <b>réseau santé wallon</b> et par voie électronique au médecin prescripteur. En cas de désaccord avec cet envoi, le patient doit signer et dater ci-dessous :	Temps nécessaire pour le prélèvement	
	Jours d'abstinence	
	Prélèvement	Complet - Partiel

**ANALYSES et/ou CONGELATION DEMANDEE(S)**

<b>A remplir par le médecin demandeur</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Spermogramme OMS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Numération – Mobilité – Morphologie – Vitalité</li> <li>○ Spermoculture</li> <li>○ Recherche d'auto-immunisation (IBT)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Congélation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Congélation avant IAC ou FIV</li> <li>○ Congélation pour raison médicale</li> <li>○ Congélation pour convenance personnelle</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>La congélation comprend une analyse complète (spermogramme OMS) du premier prélèvement.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Analyses particulières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contrôle vasectomie</li> <li>○ Test pré-IMSI – Sérologie obligatoire !</li> <li>○ Lavage test – Sérologie obligatoire !</li> </ul>	<div style="background-color: #ff00ff; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <b>NE PAS OUBLIER LA SEROLOGIE INFECTIEUSE (VOIR VERSO !)</b> </div>

**Cachet + date et signature du médecin :**

- Copie patient
- Copie Dr (nom + adresse) :  
 .....  
 .....

## RECOMMANDATIONS POUR LE PRELEVEMENT DE SPERME

### LES ANALYSES ET CONGELATIONS NECESSITENT UNE PRISE DE RENDEZ-VOUS :

LABORATOIRE DE SPERMIOLOGIE  
Hôpital de la Citadelle  
Boulevard du XI<sup>e</sup> de Ligne, 1 4000 LIEGE  
**Route B 472**  
04/321 65 75 (9h30-12h30 et 14h30-16h30)

#### Afin de réaliser le prélèvement dans les meilleures conditions, il vous est conseillé de :

- Rester au **MINIMUM 2 JOURS**, au **MAXIMUM 3 JOURS** sans avoir d'émission de sperme (rapports sexuels ou masturbation)
- Uriner avant de réaliser la collecte de sperme
- Se laver les mains et la verge au savon et rincer abondamment à l'eau
- Préchauffer le flacon dans les mains
- Récolter par masturbation **LA TOTALITE D'UN SEUL** PRELEVEMENT, directement dans le flacon (sans l'intermédiaire d'un préservatif)

**LES MALADIES AIGUES, EN PARTICULIER SI ASSOCIÉES À DE LA FIÈVRE, CERTAINS TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX OU ENCORE LA CONSOMMATION DE TOXIQUES PEUVENT ALTÉRER LA QUALITÉ DU SPERME SI ELLES SONT SURVENUES DANS LES TROIS DERNIERS MOIS.**

**NOTEZ VOTRE NOM SUR LE FLACON ET REMPLISSEZ LES PARTIES « MADAME - MONSIEUR »  
(VOIR VERSO)**

#### Le prélèvement peut être effectué :

- Au laboratoire, où un local sera mis à votre disposition,
- A votre domicile, **A CONDITION QUE LE PRELEVEMENT SOIT CONSERVE A TEMPERATURE DU CORPS (C'EST-A-DIRE CONTRE LA PEAU) ET PARVIENNE AU LABORATOIRE DANS L'HEURE QUI SUIT L'EJACULATION.**

#### Présentez-vous au laboratoire au moment convenu avec :

- **Votre demande d'analyse**, obligatoire et remplie. **SANS CETTE DEMANDE, LE RENDEZ-VOUS DU JOUR SERA ANNULE ET REPORTE A UNE DATE ULTERIEURE !**
- **Votre prélèvement** (si vous l'avez effectué à domicile),
- **Des étiquettes à votre nom**, que vous aurez obtenues aux guichets d'inscription au 4<sup>ème</sup> étage, **ROUTE B 459**
- **En cas d'annulation** ou de retard : merci de **nous prévenir au 04/321 65 75**

**LES RESULTATS (DE MOINS DE 3 MOIS) DES SEROLOGIES HEPATITE B (AG HBs, AC HBs ET HBC), HEPATITE C, HIV, HTLV, CMV (IGG ET IGM), SYPHILIS (SOIT IGG + IGM, SOIT VDRL + TPHA OU AUTRE TEST SPECIFIQUE) EN CAS DE CONGELATION.**